



# Transformace zdravotnictví v ČR



EVROPSKÁ UNIE  
Evropské strukturální a investiční fondy  
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

**MŠMT**  
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

# Zdravotnictví před r. 1989

- Existence pouze státního zdravotnictví
- Nehospodárný systém, financování ze stát.rozpočtu z daní
- Centralizovaný systém
- Neregulován
- Zdravotní péče pro všechny stejná
- Nedostatek moderního léčebného vybavení, zaostávání v moderních léčebných metodách
- Plýtvání léky, zastaralé typy léků
- Malá efektivita zdravotnictví
- Celkově nízká kvalita služeb



# Zdravotnictví po r. 1989 - vize

- Rychlý a jednoduchý proces
- Privatizace zdravotnických zařízení
- Změna financování ve zdravotnictví, zavedení povinného veř. zdravotního pojištění—stát jej platí pouze za osoby kt.nejsou výdělečně činné
- vyrovnané financování bez dluhů – regulace systému-ufinancovatelný systém
- Decentralizace celého systému
- Zvýšení mezd zdravotním pracovníkům
- Vytvoření zdravotních pojišťoven
- Vytvoření soukromého sektoru – vznik konkurence=  
kvalitnější péče pro pacienty
- Propojení státních a nestátních zdrav.zařízení
- Rozvoj výzkumu a potřebných učebních lékařských oborů

# Dosavadní změny ve zdravotnictví od r. 1989

- Nepřímé financování z povinného veřejného zdrav.pojištění + spoluúčast pacientů- zejm.platba za léky, zavedení poplatků u lékaře atd.
- Vznik zdrav.pojišťoven-v současnosti v ČR 9 ZP
- Privatizace ambulantních ZZ a většiny nemocnic, převod krajských a okresních nemocnic pod správu krajů
- Provázání výkonů poskytovatelů ZS s jejich příjmem

# Dosavadní změny ve zdravotnictví od r. 1989

- Modernizace vybavení zdrav.zařízení, moderní metody léčby
- Možnost připlatit si za nadstandartní péči
- Vznik České lékařské, lékárnické a stomatologické komory – demokratizace zdravotnického systému
- Rozvoj oboru Veřejného zdravotnictví, sociálního lékařství a výzkumu zdravotnických služeb

# Problémy transformace

- Cíle a úkoly pro transformaci neurčitě zadány
- Rychlé změny, bez podrobné analýzy jejich dopadů a výsledků
- Neustále se měnící ekonomická a politická situace, kt.transformaci provází
- Celý proces transformace provázejí nejasnosti



# Aktuální problémy

- Nesoulad mezi zdroji financování zdravotnictví a rostoucími požadavky spotřebitelů i poskytovatelů zdrav. služeb
- Nyní existuje 14 krajských organizačně odlišných systémů zdravotnictví
- Nízké platy lidí pracujících ve zdravotnictví
- Zadluženost zdravotnických zařízení
- Stále mnoho nezodpovězených otázek
- Další změny a reformy jsou nezbytné!

# *Transformace – co dále?*

- Dosavadní transformace orientována především na ekonomické změny-privatizace, formy financování zdravotnictví
- Široká reforma zdravotnictví-měli bychom zvážit i aspekty jako hospodárnost, efektivita, kvalita, přínos zdrav. služeb
- Zdravotnické služby nejsou jedinou podmínkou zdraví – finance by se měly rozložit i mezi aktivity přispívající ku zdraví obyvatelstva



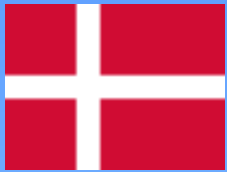
# Zdravotnictví za hranicemi

- Základní informace o změnách zdravotnictví v jiných zemích
- Přehled vybraných reformních opatření
- Změny ve financování zdravotnického systému a organizaci zdravotního pojištění

# Změny v jednotlivých státech

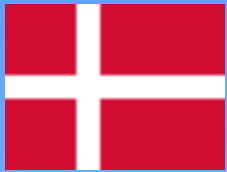
Společné rysy:

- Stát jako významný garant zdraví populace
- Péče organizována na principu solidarity
- Přístup k péči zaručen právem pro všechny obyvatele



# Dánsko

- Počet obyvatel: 5 430 000
- HNP / obyv (USD): 36 460
- Celkové výdaje /obyv (USD): 3 064
- Celkové výdaje v % HDP: 9,1
  
- Systém založen převážně na zdrojích z daní
- Velmi decentralizován – za poskytování služeb odpovědné regionální a místní úřady
- Svobodná volba pacientů při výběru nemocnice



# Dánsko

Důvody k reformě:

- Kratší délka života oproti ostatním Evropanům
- Vznik regionálních nerovností

Reforma:

- Jednotná zdravotní daň – 8% z příjmu
- Nové rozdělení kompetencí a sloučení regionů



# Německo

- Počet obyvatel: 82 641 000
- HNP / obyv (USD): 31 830
- Celkové výdaje / obyv (USD): 3 250
- Celkové výdaje v % HDP: 10,7
  
- Typické národní zdravotní pojištění
- Systém financován z daní ze mzdy (8% zaměstnanec + 7% zaměstnavatel)
- Veřejný systém - existuje přes 200 zdravotních pojišťoven
- Soukromé pojištění – 50 soukromých pojišťoven



# Německo

Důvody k reformě:

- Snaha o dosažení finanční udržitelnosti systému
- Zabezpečení přístupu obyvatelstva k základní péči
- Vytvoření motivace pro zvyšování kvality péče

Reforma:

- Založení centrálního zdravotního fondu
- Zavedení poliklinik
- Zavedení jednotné sazby pojištění (12% z hrubého příjmu)



# Rakousko

- Počet obyvatel: 8 327 000
- HNP / obyv (USD): 36 040
- Celkové výdaje /obyv (USD): 3 485
- Celkové výdaje v % HDP: 10,2
  
- Sociální pojištění – zdravotní, důchodové a úrazové
- 21 pojišťoven – regionální, nebo jen pro určité profese



# Rakousko

Důvody k reformě:

- Snižování nákladů
- Snaha o lepší využití a zefektivnění stávajících kapacit
- Odvětvová roztržitost péče

Reforma:

- Úprava nákladů na léky
- Zvýšení příjmů a omezení nákladů





# Slovensko

- Počet obyvatel: 5 388 000
- HNP / obyv (USD): 17 600
- Celkové výdaje /obyv (USD): 1 130
- Celkové výdaje v % HDP: 7,0
  
- Chybné nastavení zdravotnické legislativy
- Nízké odvody do základního pojistného balíčku
- Chyby v hlavních principech financování péče



# Slovensko

Důvody k reformě:

- Nutnost reformy zákonů
- Stabilizace finanční situace

Reforma:

- Razantně odmítnuta širokou veřejností
- Kompletní změna zdravotnické legislativy - 6 zákonů
- Oddlužení nemocnic



# Švédsko

- Počet obyvatel: 9 078 000
- HNP / obyv (USD): 34 310
- Celkové výdaje /obyv (USD): 3 012
- Celkové výdaje v % HDP: 9,2
  
- Vysoce decentralizovaný univerzální systém
- 71% péče financováno z místních a krajských daní



# Švédsko

Důvody k reformě:

- Snaha o zvýšení efektivity
- Nastavení kompetencí zdravotnického personálu
- Obavy z neudržitelného nárůstu nákladů
- Dlouhé čekací lhůty

Reforma:

- Provoz nemocnic na více profesionální a obchodní úrovni
- Maloobchodní distribuce léčiv
- Zvětšení kompetencí nelékařského zdravotnického personálu



# Velká Británie

- Počet obyvatel: 60 512 000
- HNP / obyv (USD): 35 580
- Celkové výdaje /obyv (USD): 2 597
- Celkové výdaje v % HDP: 8,2
  
- Státní zdravotnictví – neexistence pojišťoven
- Financováno z daní do státního rozpočtu



# Velká Británie

Důvody k reformě:

- Omezenost zdrojů státního rozpočtu – omezení růstu kvality služeb
- Nízká modernizace
- Dlouhé čekací lhůty

Reforma:

- Snaha o decentralizaci systému
- Snaha o úhrady za výkony
- Zvýšení kapacity systému

# Závěrečné shrnutí

- Finanční udržitelnost
- Dostupnost pro obyvatele
- Oddlužení
- Zvýšení pojistného a vyšší spoluúčast pacientů
- Zajištění toho, aby finanční prostředky skutečně vedly ke zlepšení zdraví obyvatel

# ZMĚNY ZDRAVOTNICTVÍ V JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH

- Jednotlivé systémy zdravotnictví v Evropě jsou předmětem neustálých změn.
- Každý stát je při řízení zdravotnického systému postaven před dilema **hledání optimálního řešení typického ekonomického problému** – rovnováhy mezi neomezenými přáními a potřebami na straně jedné a omezenými zdroji na straně druhé.



# ZMĚNY ZDRAVOTNICTVÍ V JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH

- V současnosti, ale především vzhledem k budoucímu vývoji narůstá potřeba zajistit **finanční udržitelnost zdravotnických systémů**, aniž by byly narušeny základní společné hodnoty.
- V souvislosti s potřebou zajištění finanční udržitelnosti zdravotnických systémů lze rozdělit změny, které byly v jednotlivých státech realizovány, na **opatření v oblasti financování zdravotnického systému** jako takového, **opatření** usilující o efektivnější organizaci celého zdravotnického systému, nástroje regulace poptávky a nabídky a v neposlední řadě **opatření zaměřené na vlivy a přesahy ostatních sektorů do zdravotnictví**.

# Financování zdravotnického systému

- Rostoucí ceny zdravotní péče, navyšování finančních prostředků do zdravotnictví a rostoucí význam, který zdravotnické výdaje mají ve vztahu k HDP, motivují společnost ke **zvýšenému zájmu o financování zdravotnických systémů.**
- **Formy financování zdravotnických služeb zahrnují zdroje veřejných rozpočtů (státních, regionálních a municipálních),** povinné pojištění, dobrovolné pojištění, zaměstnanecké pojištění, charitativní sbírky či prostředky zahraniční pomoci a v neposlední řadě také přímé platby od příjemců služeb.

# Financování zdravotnického systému

- V evropském prostoru se setkáváme se dvěma základními **modely financování zdravotnických služeb**. Za prvé je to **povinné veřejné pojištění** pokrývající většinu populace a základní rozsah zdravotní péče, druhým způsobem je **financování ze zdrojů vzniklých zdaněním** (například cestou státního rozpočtu).
- **Nejčastější změny** ve financování zdravotnického systému tak zahrnují spíše dílčí opatření s cílem:
  - 1) **zvyšování míry participace**
  - 2) **maximalizace výběru veřejných zdrojů** (pojistného nebo daní)
  - 3) **získávání zdrojů nových, zpravidla soukromých**

# 1) Zvyšování míry participace

- Příjmy systému veřejného zdravotnictví závisejí na počtu pracujících osob jak v systémech veřejného zdravotního pojištění, tak i v systémech národní zdravotní služby.
- **Opatření zvyšující míru participace obyvatelstva** proto mohou být – zejména v kontextu stárnutí populace – účinným nástrojem **zvyšování příjmu systému veřejného zdravotnictví.**
- Změny s cílem zvyšování míry participace se zaměřují na skupiny obyvatelstva, kde je míra participace nižší než optimální.

# 1) Zvyšování míry participace

- Za takové skupiny bývají nejčastěji vedle **dlouhodobě nezaměstnaných** považovány **ženy s malými dětmi a osoby v mladším seniorském věku**.
- Některé země EU (Rakousko, Belgie, Dánsko, Irsko a Litva) si vytyčují cíle zaměstnanosti lidí s postižením a vytvářejí různé nástroje, jak těchto cílů dosáhnout. Ve Velké Británii kupříkladu existuje plán s názvem **Nový úděl** pro lidi s postižením, který pomohl získat práci až 75 tisícům lidí s postižením.

# 1) Zvyšování míry participace

- Některé země EU (Rakousko, Belgie, Dánsko, Irsko a Litva) si vytyčují cíle zaměstnanosti lidí s postižením a vytvářejí různé nástroje, jak těchto cílů dosáhnout.
- Ve Velké Británii kupříkladu existuje plán s názvem **Nový úděl** pro lidi s postižením, který pomohl získat práci až 75 tisícům lidí s postižením.
- Ve většině států existuje pro zaměstnavatele finanční motivace zaměstnat i tyto skupiny obyvatel.
- Ve Francii jsou osobám s postižením nabízeny speciální vzdělávací kurzy.
- Za vzorové modely pro politiku zvyšování participace bývají považovány skandinávské země

## 2) Maximalizace veřejných zdrojů

- Jedním z nástrojů, které využívají státy EU ke zvýšení příjmu systému zdravotnictví z veřejného rozpočtu, je zvýšení zdravotní daně (Maďarsko, Polsko, Slovinsko).
- Úsilí o zvýšení veřejných příjmů čelí obavám o vliv na trh práce a konkurenceschopnost a naráží na neochotu části obyvatelstva nadále dotovat rovný přístup ke zdravotní péči pro ostatní.
- V posledních letech proto začíná sílit trend **zvyšování objemu finančních prostředků z daní, které nejsou přímo závislé na mzdách.**
- Dalším nástrojem, jak zajistit zvýšení příjmů systému, je **zrušení nebo diferencování horní hranice (omezení) výše příspěvků.** Země jako Estonsko a Maďarsko zrušily tyto stropy s cílem získat více příjmů do systému.

# 3) Posilování soukromých zdrojů

- Získávání soukromých zdrojů do sektoru zdravotnictví představuje v evropském prostoru v prostředí omezených veřejných rozpočtů jednu z nejvíce používaných možností, jak zajistit odpovídající prostředky na financování zdravotní péče.
- **Spoluúčast pacientů a možnost jejího zvýšení** představuje jednu možnost získávání soukromých zdrojů do systému zdravotnictví.
- Spoluúčast může být nastavena buď zdrojově, nebo pouze motivačně.
- **Dalším zdrojem jsou doplňkové systémy soukromého zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění je v mnohém značně specifickým typem pojištění.**
- Pro vznik poptávky po soukromém zdravotním pojištění musejí existovat služby, které lze pojistit.



### 3) Posilování soukromých zdrojů

- V neposlední řadě ovlivňují poptávku po komerčním zdravotním pojištění **daňové pobídky**.
- Odborníci je považují za jeden z hlavních předpokladů samotného vzniku komerčního zdravotního pojištění, zejména v podmínkách, kde veřejný sektor hraje významnou roli při pojišťování svých občanů

# Organizace zdravotního pojištění

- **Organizační úlohou zajištění financování zdravotnictví jsou v evropských systémech povýšeny zdravotní pojišťovny, které hrají klíčovou roli v systémech zdravotního pojištění, nebo zdravotní úřady veřejné správy, jež jsou hlavními aktéry ve statutárních modelech zdravotnické služby.**
- Evropské státy ve svých reformách využívají širokou škálu nástrojů, jak konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami posílit.
- **K nejčastějším patří umožnění tvorby zisku, zavádění nižších sazeb pojistného, případně implementace systémů pojistného nominálního či posilování přechodů pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami.**

# Organizace zdravotního pojištění

- Součástí trendu posilování konkurence ve vybraných evropských zemích je také **rozšiřování nabídky pojistných plánů** jednotlivých zdravotních pojišťoven, a tedy snaha nalákat pojištěnce na výhodnější produkty.
- Se zvyšováním konkurence úzce souvisí **posilování dohledu nad zdravotními pojištěními**, jehož cílem je kontrolovat kvalitu poskytované péče a kvalitu hospodaření správců a poskytovatelů.

# Organizace zdravotního pojištění

- Mezi základní organizace patří:
- 1) **POSILOVÁNÍ KONKURENCE A MOBILITY POJIŠTĚNCŮ**
- 2) **ROŽŠIŘOVÁNÍ NABÍDKY POJISTNÝCH PLÁNŮ**
- 3) **POSILOVÁNÍ DOHLEDU NAD ZDRAVOTNÍMI POJIŠTĚNÍMI**
- 4) **MODERNIZACE SYSTÉMŮ KOMPENZACE RIZIKA**
- 5) **SLUČOVÁNÍ POJIŠŤOVEN**

# 1) Posilování konkurence a mobility pojišťenců

- Část současných reforem zdravotních systémů ve vyspělých evropských zemích se ve svých programech soustřeďuje mimo jiné i na **posílení konkurence mezi zdravotními pojišťovny.**
- **S motivací ke konkurenci mezi zdravotními pojišťovny souvisí i volba právní formy zdravotních pojišťoven a možnost tvorby zisku.**
- **Mobilita pojišťenců mezi zdravotními pojišťovny je nutnou podmínkou pro vzájemnou konkurenci pojišťoven.**
- Pojišťovny soutěží o své klienty s cílem získat finanční prostředky, které každý jimi registrovaný pojištěnec do rozpočtu přináší.

## 2) Rozšiřování nabídky pojistných plánů

- Příbuznou formou mobility pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami je **mobilita pojištěnců mezi jednotlivými zdravotními plány** v rámci jedné zdravotní pojišťovny.
- Tato mobilita vyplývá zejména z rozmanitosti zdravotních plánů a umožňuje efektivnější využití finančních prostředků pro pojištěnce.

### 3) Posilování dohledu nad zdravotními pojištěními

- Charakter sektoru zdravotnictví, ve kterém najdeme kvůli vysoké komplexitě systému silnou **informační asymetrii a velmi omezené možnosti kontrolovat kvalitu** poskytované péče či kvalitu hospodaření poskytovatele pacientem, často vyžaduje kontrolu kvality poskytované péče a hospodaření poskytovatele z pozice externího regulátora.
- Roli regulátora zastává v mnoha zemích přímo stát, reformy posledních let ovšem přesunují tuto roli stále více na nezávislá tělesa.

## 4) Modernizace systémů kompenzace rizika

- Ve většině vyspělých zemích vstupuje mezi účastníky zdravotního pojištění **dimenze solidarity a požadavek dostupnosti péče** pro širokou populaci.
- Tyto předpoklady odlišují zdravotní pojištění od ostatních druhů pojištění v soukromém sektoru.
- Pro zajištění dostupnosti ustanovila většina zemí **pro všechny zdravotní pojišťovny povinnost přijímat všechny státní příslušníky**, kteří se u nich zaregistrují.



# 5) Slučování pojišťoven

- Opačným trendem oproti posilování konkurence mezi zdravotními pojišťovnami jsou změny organizace zdravotního pojištění spočívající ve slučování pojišťoven.
- Touto cestou se v posledním desetiletí ubíraly reformní kroky zejména v zemích střední a východní Evropy

# Regulace poptávky

- Regulace poptávky po zdravotnických službách souvisí se snahou ovlivnit spotřebu zdravotní péče pacienty.
- Mimořádný **nárůst poptávky po zdravotní péči**, který je možné zaznamenat ve všech evropských státech, je způsoben tím, že se lidé dožívají vyššího věku než kdykoli dříve, přežívají závažné nemoci, jež byly dříve smrtelné, jsou vzdělanější, mají lepší přístup k informacím a zejména pak mají přístup k relativně pestré a velké nabídce služeb.
- Opatření s cílem regulovat poptávku zahrnují jednak **aktivity podporující zlepšování životního stylu** cestou ovlivňování spotřeby tabáku a tabákových výrobků, alkoholu a dalších zdraví ohrožujících komodit nebo naopak podporu spotřeby komodit zdraví prospěšných (podpora zdravých stravovacích návyků).

# Regulace poptávky

- Prvky regulace poptávky:
  - 1) **OMEZOVÁNÍ KOUŘENÍ**
  - 2) **REGULACE SPOTŘEBY ALKOHOLU**
  - 3) **OVLIVŇOVÁNÍ STRAVOVACÍCH NÁVYKŮ**
  - 4) **POSILOVÁNÍ PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ**
  - 5) **ŘÍZENÍ LÉČEBNÉHO REŽIMU**
  - 6) **POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ A VOLBA PACIENTŮ**
  - 7) **ZKRACOVÁNÍ ČEKACÍCH DOB**
  - 8) **REGULAČNÍ POPLATKY**

## 6) Posilování preventivních programů

- V současnosti je v evropském zdravotnictví **70 až 80 % zdrojů používáno k léčbě chorob v pokročilém stádiu**, kdy se tyto choroby už projevují konkrétními symptomy.
- Jednotlivé státy proto usilují o to, přesouvat zdroje **směrem k prevenci** a zaměřují se na technologie, které umožňují **diagnostikovat nemoci v nejranější možné fázi**, kdy je k dispozici mnohem větší spektrum možností léčby a tím i možnosti dosahování **lepších lékařských výsledků**.

# 7) Poskytování informací a volba pacientů

- Role a postavení pacienta v systému je v praxi reprezentována **možností volby** v každém rozhodnutí a odpovědností jednotlivce za tyto volby.
- Cestou ke kvalitnější, bezpečnější, dostupnější a hospodárnější zdravotní péči je **práce s informacemi**. Díky využívání existujících informací je možné lépe podporovat a upevňovat zdraví, předcházet nemocem, včas je rozpoznávat a rychle a účinně léčit.

# Regulace nabídky

- **Kontrola nákladů na straně nabídky** se považuje za nejdůležitější fenomén, důležitější než kvalita, efektivnost nebo poptávka.
- Opatření s cílem regulovat nabídku zahrnují jednak **vytváření konkurenčního prostředí a interního trhu zdravotní péče** (posilování konkurence poskytovatelů péče, nákup služeb apod.).
- Mění se také **úhradové mechanismy** (způsob platby za zdravotní péči) ve vazbě na to, jak státy hledají nové způsoby kontroly nákladů bez dalšího snižování její kvality.
- Na nabídkovou stranu jsou zacílena také opatření zavádějící **gatekeeping, restrukturalizaci kompetencí zdravotnického personálu, restrukturalizaci poskytované péče a řízení jednotlivých nákladových položek**, jako jsou kupříkladu léky.

# Regulace nabídky

- S cílem zajištění lepší efektivity nabídky jsou realizována **opatření hodnotící a zvyšující znalosti o účinnosti péče a používaných technologií.**
- Další opatření usilují o lepší **regulaci kvality a dostupnosti zdravotní péče** cestou standardizace a plánování péče.
- Skutečností v některých evropských státech je také **racionalizace a omezování vlastní poskytované péče**, kryté z veřejných zdrojů, která je velmi nepopulárním nicméně účinným způsobem limitace nabídky.
- Na omezení neformalizované nabídky jsou zaměřena **protikorupční opatření.**

# 1) Posilování konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče

- **Konkurence mezi poskytovateli** bývá typicky založena na cenové soutěži či soutěži v oblasti kvality.
- Výsledným efektem je zvyšování efektivity poskytování zdravotnických služeb a snižování nákladů na systém zdravotnictví, což přispívá k finanční udržitelnosti systému.



## 2) Nákup služeb

- Dalším nástrojem, který mohou využívat především zdravotní pojišťovny (ale i nezávislé veřejné asociace/fondy), je **strategické nakupování zdravotnických služeb**.
- Hlavním cílem tohoto nástroje je efektivní alokace finančních prostředků, která by měla odpovídat zdravotním potřebám obyvatel/pojištěnců, reflektovat národní cíle zdravotní politiky a používat nákladově efektivní způsoby léčby.
- Cílem nakupování zdravotnických služeb je motivovat soutěží poskytovatele zdravotní péče k **poskytování kvalitní péče za co nejnižší náklady**.

# 3) Inovace v úhradových mechanismech

- Způsob, jakým jsou placeni poskytovatelé zdravotnických služeb, má velký dopad na efektivitu poskytování služeb i na kvalitu péče.
- **Prospektivní způsob úhrad** ve formě rozpočtů (včetně mezd) pomáhá při finančním plánování poskytovatelů a umožňuje jim silné pobídky pro kontrolu nákladů.
- Poskytovatelé čelí značnému finančnímu riziku.

# 3) Inovace v úhradových mechanismech

- Proto mohou být prospektivní úhrady spojeny s přesunem nákladů na ostatní poskytovatele nebo se snižováním objemu (kvality) péče.
- **Retrospektivní úhrady** motivují poskytovatele ke zvýšení aktivity.
- Za předpokladu, že výše platby je dostatečná k pokrytí nákladů, poskytovatelé nečelí žádnému finančnímu riziku.

# 4) Gatekeeping

- Dalším z opatření usilujících o regulaci nabídky je tzv. gatekeeping a **nové nastavení role primární péče**
- Obecně lze identifikovat dvě formy gatekeepingu primárních lékařů.
- Za prvé jde o **kontrolu použití ambulantních, lůžkových či jiných služeb**, což je motivováno ke snížení nebo omezení nákladů.
- Za druhé se od primárních lékařů očekává, že budou **koordinovat péči**.

# 5) Reorganizace personálního zajištění péče

- S řízením nabídkové strany úzce souvisí také reorganizace kompetencí a personálního zajištění péče.
- První oblastí, kde dochází k výrazným proměnám, je **rozhraní mezi lékařem a zdravotní sestrou.**
- **Další oblastí, kde dochází k přesunu kompetencí, je rozhraní mezi lékařem a lékárníkem.**

# Regulace nabídky

Mezi další prvky regulace nabídky patří:

- 6) **Restrukturalizace péče**
- 7) **Regulace trhu léčiv**
- 8) **eHealth**
- 9) **Zvyšování znalostí o efektivitě péče**
- 10) **Zvyšování kvality služeb**
- 11) **Plánování péče a sítě kapacit**
- 12) **Protikorupční opatření**
- 13) **Sociální služby a dlouhodobá péče**
- 14) **Doprava**
- 15) **Životní prostředí**

# ZÁVĚR

- Zdravotnické **systemy v Evropě** patří v současnosti mezi nejrozvinutější na světě.
- Zatímco dnes téměř všechny státy Evropské unie garantují zdravotní péči v zásadě všem svým občanům, ještě v roce 1880 takovou záruku neposkytoval stát žádný.
- V posledních dvaceti letech došlo prakticky ve všech průmyslově vyspělých zemích Evropy **k menším či rozsáhlejším reformám systémů zdravotní péče**, směřujícím k zadržování tempa růstu nákladů na tuto péči, na zvýšení její kvality a efektivity, na posílení odpovědnosti jednotlivců za vlastní zdraví.
- V České republice dnes není **vhodné politické klima pro změny a reformy**, chybí politická shoda nad potřebnými opatřeními, nejsou dostatečně definovány jednotlivé kroky, jejich důvody a alternativní postupy, včetně zhodnocení toho, co se stane, když se neudělá nic, co nastane, když se udělá jedno, když se udělá druhé, atd.

# ZÁVĚR

- Musíme očekávat, že i nadále se změny budou pravděpodobně odehrávat ve velmi **silných zájmových střetech**.
- Na evropské scéně může být příkladem takových střetů sousední Rakousko, kde se podobně jako nynější česká vláda tamní exekutiva pokouší reformovat systém zdravotnictví a dlouhodobě při tom naráží na značný odpor, především odborné veřejnosti a lékařů.
- Podobná je situace i u našich severních sousedů v Polsku.
- Je však každopádně jisté, že systémy poskytování zdravotní péče u nás doma, v celé Evropě i v jiných částech světa budou procházet další výraznou změnou.
- Pravděpodobně budeme svědky neustálého přizpůsobování dílčích aspektů jednotlivých zdravotnických systémů. Výzvou tak nebude systémy jednorázově reformovat, ale spíše **kontinuálně transformovat**.



# Zdroje:

- <http://www.zcr.cz/Archiv/1998/1-2/02.pdf>
- <http://www.libinst.cz/komentare.php?id=242>
- [webtodate.fek.zcu.cz/images/.../FVS\\_\\_financov\\_n\\_\\_zdravotnictv\\_\\_1\\_.ppt](http://webtodate.fek.zcu.cz/images/.../FVS__financov_n__zdravotnictv__1_.ppt)
- Mertl J.: Achillovy paty zdravotnických systémů
- <http://www.kulatystul.cz/cs/node/274>







EVROPSKÁ UNIE  
Evropské strukturální a investiční fondy  
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Toto dílo podléhá licenci Creative Commons  
*Uveďte původ – Zachovejte licenci 4.0 Mezinárodní.*

